

開業医にとっての地域・在宅医療

「地診連携」概念の提唱

医療法人アス力会 菅波内科医院 院長 菅波 茂

最初に「開業医」という概念についていろいろと考えてみたいと思います。私自身の「開業医」という立場を考えてみると、病院の勤務医と同じく、患者さんの病気を治すという医療行為はあまり変わりませんが、決定的に違うことが一つあります。それは「倒産」ということです。日本の自由開業医制度という医療社会システムは、この大前提のうえに運営されています。「開業医」が医療を通して社会貢献をしていくためには、常に倒産しないことが大事なことになります。



倒産しないための3原則があります。それは「3つのM」です。「見立て、見栄え、面倒見」をいいます。言い換えれば、見立てとは診断/治療技術、見栄えとはアメニティといわれる快適さ、面倒見とは生活面支援のことです。この3Mには「資本」で解決できるものとできないものがあります。現在よくいわれている「病院志向」とは、病院が資本投下することによって「見立てと見栄え」に関して「開業医」より圧倒的な優位にたっている状況のことです。すなわち、昭和40年からの高度経済成長に乗って資本力を持った大きな病院は、高度な検査機能・治療機能を有する医療機能を購入して、高度技術集積医療を行っています。

同じ額の保険料を払う現在の状況下で、患者さんが病気に不安を持つ時に、開業医より高度医療機能の病院で受診しようとするのは自然の理です。これを「第一次医療資本戦争」

といい、病院と開業医との「見立て」について決定的な差がつかしました。

現在行われているのが「第二次医療資本戦争」で「見栄え」についてです。「ホテルのような」というのがその代名詞です。これは病院間の競争で、もう開業医とは無関係です。

後に残されていますのは「面倒見」だけです。それを「在宅医療」というのでしょうが、厚生省が知っているのは「近代的在宅医療」です。これは高度な医療技術やマンパワーを必要とします。とても血圧計と聴診器だけでは対応できません。病院がこの「在宅医療」の分野に参加してくるのはもはや時間の問題です。「開業医」が参加できる医療分野は資本の論理が非効率である分野を開拓し、社会貢献をしていかなるを得ない状況になってきている今日この頃です。

ここで病院志向をつくりだした「資本」についてじっくり考える必要があると思います。さらに「資本の公共性」についても検討してみたいと思います。

開業するためには土地、建物、医療機器などの設備、人件費などの資本が必要です。この資本を銀行から借入をおこします。この資本は地域コミュニティの人たちの銀行への預金です。日本式資本主義では20~25%の自己資本+保証人がある時のみ銀行を通して他人資本を借りることができます。そしていかに利潤を上げて財を築いても、3代にわたる相続税でゼロになり社会に完全に還元されるシステムです。

したがって、「資本の公共性」を考える時、「使用权と所有権」を考えざるを得ません。すなわち土地や建物を自己の所有物と考えているのは間違いではないかということです。自己資本の20~25%による「使用权」は認められていますが

「所有権」は認められていません。極端にいえば、最後の円が払えなければ「倒産」して、他人資本の借入をした銀行に返上することになります。もし「所有権」が認められていると思っているなら錯覚ではないでしょうか。

「資本の公共性」を考えると初めて「医療の公共性」が考えられます。俗に「医療の公共性」は開業医が利潤を考えずに無料に近い額でボランティア精神で校医、地域コミュニティ住民の予防接種、健康教育などを行っているから保たれているという意見があります。これはただ金銭だけの問題です。医師過剰になれば、別に開業医が無理をしなくても解決します。非常に底の浅い公共性です。

以前、医療機関に「事業税」を課すことが大蔵省で討議された時、「医療の公共性」ということでもかれました。しかし、これは事業税で徴収できる税金額より、開業医のボランティア精神で行われていた予防接種などに正規の支払をすると、こちらのほうが多くなるという単純計算の結果によるものです。「医療の公共性」とは単なる医療行為上のお金の問題ではなく、「地域コミュニティ住民の資本」によって「開業医の医療」が始まっているという基本的事実にあります。

次に地域（コミュニティ）医療という概念について考えたいと思います。

私は「地域（コミュニティ）保健医療とは地域コミュニティが主であり、保健医療従事者は従である」という感を持ちます。あくまで地域コミュニティの考え方がわかっている人が主でなければならないということです。私たち開業医は、その人たちをサポートするだけです。それともう一つ重要なことは、開業医は地域コミュニティにとっては、アウトサイダーであるという事実です。なぜかといえば、開業医は地域コミュニティを支える無料の奉仕活動をしていないからです。

町や村の活動を支えているのは、無料奉仕活動を行っている団体ボランティアです。町内会、老人クラブ、婦人会、愛育委員会、子供会などです。こういうところに入っている役員は、その地域コミュニティの人々の考え方がよくわかっているから選ばれているわけです。開業医は、地域コミュニティを支えているこれら団体ボランティアのどれにも加入できません。だから開業医が地域コミュニティの保健医療のリーダーシップを取ることに問題があるわけです。

地域（コミュニティ）医療はプライマリケアとも言われます。この先進地域はどこかといえばアジア各国です。地域コミュニティぐるみでどうやって疾病予防／健康増進に取り組むかという知恵を得たければ、アジアにモデルケースがあ

開業医は金銭的な「医療の公共性」を神聖な錦の御旗にして、地域コミュニティ医療の研究／開発を怠ってきたといえます。「地域コミュニティ住民の資本」を使用しているが故の「医療の公共性」の視点から、日常医療活動を見直してみる時期が来ていると思います。

開業医の立場を「3つのM」、「地域コミュニティ住民の資本」、「資本の公共性」、「医療の公共性」、「使用権」、「病院志向」のキーワードで説明してもらいました。



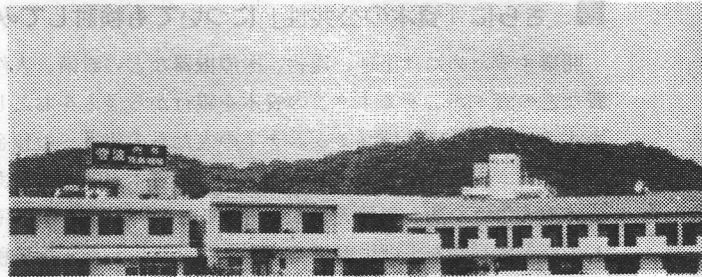
ります。欧米の高度先進医療を見に行くのは、いわゆる知識を得るためであり、知恵にはなりません。

欧米と日本では地域コミュニティの構造が違います。日本はアジアの構造です。したがって、アジアで成功した地域（コミュニティ）医療の形は、日本でも取り入れることができます。アジアでの成功例を見ると、イニシアティブを取る人が、その村なら村の人たちの共通の支持を得ており、なおかつ、村の人たちの意識や考え方を熟知しているということです。単に外部から有能な人を派遣して、人々の意識改革を行おうとしてもうまくいきません。日本でも、行政が保健婦さんなどを各家庭に巡回訪問させていますが、いくらがんばっても、しょせんは「よその人」です。

次に具体的に開業医と地域コミュニティとの接点を考えたいと思います。

日本の中で、自らの限界を知ったうえで、地域コミュニティをうまく活用している団体が二つあります。それは行政と自民党です。行政は町内会や婦人会など各種団体と、補助金制度でつながっており、自民党は地域コミュニティのロビイスト（利益代弁者）として、しっかりした結びつきを持っています。

開業医および所属する医師会は、地域コミュニティとはこのような利益共同体関係はありません。これが別の意味での課題です。開業医および医師会がめざすとすれば、お金以外のところで地域コミュニティといかに結びつくかを考えていく必要があります。もともと弱小資本なのが開業医であり医師会ですから。それは何かといえば、地域コミュニティと運命共同体の関係を結ぶことです。



菅波医院と老人保健施設「すこやか苑」

運命共同体というのは、開業医や医師会がなければ地域コミュニティの人たちの生活が根本的に成り立たないという関係を結ぶことです。これは利益共同体よりも、地域コミュニティにとって重い意味があります。

運命共同体に参加するために、何を模索したらいいのかということですが、高齢化社会を迎えて、一番困るのは誰なのかということから考えていくのも一つの方法かと思えます。それは家庭の主婦です。今後、女性は生計の一端を支えていくうえで社会に出ていかねばなりません。そのための障害になるのが、病弱なお年寄りや病気の子供の存在です。この問題を開業医や医師会がいかに解決してあげられるか。これが運命共同体に参加していく一つの手段でもあり、地域コミュニティから支持を受けるための方法です。

しかも、これは技術が主の問題であり、お金は従です。技術なら開業医は持っていますから。地域コミュニティと運命共同体になった時、はじめて地域の人たちの本音が聞かせてもらえると思えます。

時代とともに、地域コミュニティを構成する軸は変化していきます。それには行政と自民党がどのように対処しているのかを、参考にすることだと思います。知識の世界に生きている開業医や医師会と違って、彼らは泥臭いこの世の現実に対応していく知恵を持っています。

自民党であれば、後援会組織の発展の推移や変遷に目を付けてみることで、それは個人単位ではなく、団体単位で見てどのような構成になっているのか、よく調べてみることで、行政には支所、振興局や保健所といった末端組織があります。しかし、これらが直接地域コミュニティと関係しているわけではありません。間に媒介しているものがあります。

ここに地域コミュニティと医療機関の連携を意味する新しい概念「地診連携」提唱したいと思います。

「地診連携概念の提唱と実践」

高齢化社会をキーワードに社会は著しいスピードで変革を迎えています。地域保健医療についても、危機感を持った行政サイドからの政策提案と実施がどんどん世に問いかけてられています。

一方、私たち開業医は、地域医療に日夜献身努力していますが、従来の「医療技術指向」に加えて、高齢化社会に対応した包括的な取り組みが必要になってきています。

その地域展開の方法論として、地域コミュニティと医療機関の連携を軸にした「地診連携」の概念と実践を提唱します。

その概念は下記のごとくです。

- 1) 「病診連携」の垂直軸（技術指向）に対する水平軸（地域指向）
- 2) 病気治療解決方法に対する地域保健医療問題発見/解決方法
- 3) 地域コミュニティに対する医療支援システムの最小単位
- 4) 地域の保健医療の調整の場としての診療機関の役割

それが町内会を代表する各種団体です。これらの団体と行政との関係は非常に密接なものがあります。町内会の役割について、再評価する必要があると思います。

開業医は少なくとも所属する町内会との連携を強めていくのがいいと思います。町内会のアビリティの高い低いはありませんが、無いところはありません。とにかく地域（コミュニティ）医療は知識よりも知恵が必要です。

今、病診連携ということが盛んにいわれていますが、これは知識の世界です。地域コミュニティが何に困っているかを見つけて、開業医が持っている技術をどう活用していくか、あるいは新しいオリジナリティをつくるかというのは知恵の世界です。「開業医」が参加できる資本の論理が非効率である医療分野は、まさにこの地域コミュニティと組んだ知恵の世界だと思います。



平津保育園児との交流でピアノ吹奏

- 5) 地域の基本単位としての町内会の再評価（行政の最終受け皿/地域活動の主役）
- 6) 人的資源として行政関係退職者役割評価（行政経験/地域住民/患者）
- 7) 相互扶助組織としての地域ボランティア活動

要約すれば、日本的風土を理解したうえで、地域コミュニティの人的資源の開発と地域医療への応用ということです。大切なことは、医療機関が地域コミュニティの人的資源をいかに活用するかということではなく、彼らにいかにも利用されるかということの研究開発することです。

資本の論理が非効率である医療分野「地診連携」での経営指標は、経済的な売上高／純利益などだけでなく、医療機関に出入りする地域ボランティアの存在が最も重要な指標です。

実例として「平津学区シルバーコミュニティ」について述べます。

平津学区とは岡山市西北に位置する平津小学校を中心とするコミュニティです。1714世帯、人口5615人で12町内会で構成されています。昭和60年7月から平津学区シルバーコミュニティが結成されました。

目的は高齢化社会に対応して「寝たきり、痴呆」をつくらないために、地域の各種団体の長で構成される運営委員会のもとで、地域住民が積極的に、地域ケアの一環としてのデイケアのためのボランティア活動を推進するということです。

運営委員会の構成団体は楯津健康増進連絡協議会、中楯津町内会、平津学区連合町内会、平津学区コミュニティ推進協議会、平津学区婦人会、平津学区愛育委員会、平津学区民生委員会、平津学区老人クラブ連合会、地域医療機関代表、ボランティア代表です。

活動内容は在宅の虚弱老人を対象にした日常活動訓練、食事サービス、入浴サービスなどです。これによって65歳以上

ここで強調したいのはなぜ地域住民がボランティアとして5年間も参加し続けているのかという事実です。はっきりといえることは、もし当院がイニシアティブをとっていたら、この活動はすぐ崩壊していただろうということです。地域コミュニティを支える各種団体のリーダーから構成される運営委員会が指導したことが持続の理由です。

リーダーは地域コミュニティ住民からその人望が故に推挙されています。毎日毎日コミュニティ運営に支障がないように知恵と汗を流しています。地域住民が一番そのお世話になっていることを知っています。そのリーダーたちによって構成される運営委員会だからこそ、地域住民のボランティア活動参加が可能になるわけです。したがって当院もボランティアの一員として参加し、持っている機能を提供しているわけです。ここを取り違えますと、地域コミュニティと医療機関が連携して地域コミュニティの発展に協力しあう「地診連携」は根本的に成立しなくなります。

以上のように、開業10年間の活動を通してたどり着いたのが上記に提唱した「地診連携」概念の具体的な内容です。

S/P/O/T

の老人の自立的生活の援助、孤独感の解消、心身機能の維持向上などを図るとともに、家族の身体的、精神的な労苦の軽減を目的にしています。

利用料金は食事サービスを受ける人は400円、送迎サービスは1日200円です。場所は当院の一室（面積100㎡）です。当院からはメディカルチェック／緊急時の対応とボランティアへの昼食提供だけです。運営委員会によって100%の運営がなされています。ボランティアの数は約100名、登録されている老人は約40名です。この数は平成2年9月の現時点までの5年間ほぼ変わりません。この活動は岡山市の高齢者対策事業のモデルとなり、補助金を受けています。

そもそもの原点は昭和56年より当院と、当院が所属する中楯津町内会を中心とする中楯津各種団体と結成した、楯津健康増進連絡協議会と一緒に始めた地域住民健康教育活動5年間に養われた実績の信頼感です。この5年間の活動がなかったら、全国でも珍しい地域住民主導型デイケアの現実には困難だったと思います。



地域の人が集まって誕生日祝い

菅波茂（すがなみ・しげる）氏

1972年、岡山大学医学部卒業。1977年、同大医学部公衆衛生学大学院卒業。同年、榊原病院勤務。1981年5月、現在地に開業。医療法人アスカ会理事長。著書に「アジアの伝統医学PART I」がある。

〈菅波医院：〒701-12 岡山市楯津310の1〉